

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А.А. Куликов, С.Л. Воскресенский, М.Л. Тесакова, С.В. Соловей

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

CONSERVATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH PELVIC PROLAPSE IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

A.A. Kulikou, S.L. Voskresensky, M.L. Tesakova, S.V. Salavei

State Educational Institution "Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education"

Реферат

В настоящее время пролапс тазовых органов не является проблемой исключительно женщин пожилого возраста, отмечено постоянное снижение среднего возраста пациентов с пролапсом тазовых органов. До сих пор не выработана универсальная тактика ведения пациентов с данной патологией. Внедрение сетчатых протезов позволило сократить частоту рецидивов пролапса тазовых органов, но не позволило полностью решить эту проблему. Состояние мышц тазового дна определяет клиническую картину заболевания и оказывает влияние на его дальнейшее развитие. Тренировка мышц тазового дна после хирургического лечения пролапса тазовых органов может оказаться эффективным средством для улучшения качества жизни и снижения частоты рецидивирования пролапса тазовых органов.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, результаты лечения, послеоперационное ведение, терапия после операции.

Abstract

At present pelvic prolapse is not only a problem for older women, there has been a steady decline of the average age of patients with pelvic organ prolapse. There is still no universal tactic for managing patients with this pathology. The introduction of mesh prostheses has allowed to reduce the frequency of recurrences of pelvic prolapse but hasn't completely solved this problem. The condition of the pelvic floor muscles determines the clinical picture of the disease and influences its further development. Training pelvic floor muscles after surgical treatment of pelvic prolapse can be an effective means to improve the quality of life and reduce the frequency of pelvic prolapse recurrence.

Key words: pelvic prolapse, results of treatment, postoperative management, therapy after surgery.

Цели и задачи: изучение данных о результатах хирургического лечения и тактики ведения послеоперационного периода у женщин перенесших хирургическое лечение. Отдельно рассмотрен вопрос о возможности консервативной терапии пролапса тазовых органов в послеоперационном периоде для улучшения результатов лечения.

Сегодня особое внимание сосредоточено на улучшении качества жизни пациентов, минимизации осложнений и улучшении отдаленных результатов лечения заболевания. ПТО является одним из наиболее часто встречаемых гинекологических заболеваний. Диагностика данной патологии не является трудной для клиницистов, а ее наличие не угрожает жизни пациента, что зачастую порождает отношение к начальным проявлениям данной патологии как к некому варианту возрастной нормы. Безусловно, данная патология 1 степени редко приводит к нарушению работы смежных органов и снижению качества жизни женщин, однако дальнейшее прогрессирование заболевания и, соответственно, вовлечение смежных органов в «грыже-

вой мешок» приводит к стойкому снижению качества жизни женщины. Наиболее часто для классификации пролапса тазовых органов применяется система POP-Q (pelvic organ prolapse quantification), разработанная Международным Обществом по удержанию мочи (ICS, 1996) [1]. Система POP-Q включает в себя измерение точек (**рисунок 1**) на передней и задней влагалищных стенках, шейке и теле промежности относительно девственной плевы в см при максимальном натуживании пациентки.

Несмотря на многолетнюю историю изучения данного заболевания, на сегодняшний день открытым остается вопрос об оценке отдаленных результатов лечения. Опубликованные данные о результатах хирургической коррекции пролапса тазовых органов Манчестерской операцией у 148 женщин [19] свидетельствуют об удовлетворении результатами операции в 96% случаев, а вновь возникшую диспареунию отметили лишь в 5,6% случаев. Следует заметить, что значительное улучшение не подразумевает полное отсутствие жалоб. Однако, анализируя анатомические

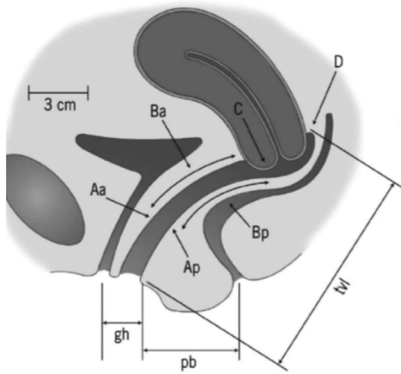


Рисунок 1. Контрольные точки, применяемые в классификации POP-Q

результаты, было продемонстрировано, что точка $C \leq -5$ была в 81,1%, но точка $Ba < -1$ только в 48,6% [19]. Однако, если принять во внимание то, что его лечение направлено на улучшение качества жизни, т.к. данная патология не является жизнеугрожающим заболеванием, то более логичным будет приоритетная оценка качества жизни, над анатомической оценкой в послеоперационном периоде.

С появлением сетчатых протезов для влагалищной реконструкции начался новый этап в хирургической коррекции пролапса тазовых органов, анализируя исследование, проведенное в США, включившим ее данные о более чем 110 000 пациентов, прооперированных по поводу пролапса в период с 2005 по 2011 годы, из которых 16,2% были прооперированы с использованием сетчатых протезов 1 поколения [21]. Группы не являлись сопоставимыми по локализации дефекта, так, у пациенток, которым проводилось оперативное лечение с использованием сетчатого протеза, превалировал апикальный пролапс (в 77,0%), и чаще встречалось стрессовое недержание мочи (в 58,5%) против 37,2 и 47,6% соответственно в группе пластик собственными тканями. Особое внимание заслуживает тот факт, что, несмотря на снижение риска повторных операций по поводу рецидива заболевания, в группе с использованием сетчатых протезов отмечалось увеличение на 1,5% числа операций по поводу осложнений, связанных с сетчатыми протезами, независимо от сопутствующего проведения хирургической коррекции стрессового недержания мочи. При анализе данных авторами был сделан вывод, что хирургическая коррекция собственными тканями переднего и апикального пролапса приводит к более высокой частоте повторных операций, чем коррекция заднего пролапса. Расчеты авторов демонстрируют, что для минимизации числа повторных операций (связанных как с рецидивом пролапса тазовых органов, так и с осложнениями в случаях применения протезов), частота использования сетчатых протезов должна составлять около 5% при переднем пролапсе тазовых органов и 10% при передне-апикальном пролапсе [21]. Особый акцент авторы делают на то, что в исследовании оценены протезы первого поколения, соответственно, данные, полученные при применении новых протезов, могут иметь существенное различие [21]. Несмотря на то, что внедрение сетчатых протезов

позволило сократить частоту рецидивов пролапса, до полного решения этой проблемы далеко [17, 23].

Дискуссии об оптимальном доступе для коррекции пролапса тазовых органов ведутся давно, хотя FDA в 2011 г. указало лапароскопическую промонтофиксацию как золотой стандарт лечения данной патологии, а к использованию вагинальных сетчатых протезов стоит относиться с большей осторожностью. Однако, в исследовании по сравнению абдоминального и влагалищного доступа достоверных различий не выявили, в данное исследование были включены 222 женщины, из которых 66% женщин были прооперированы вагинальным доступом, а 34% - абдоминальным. Сетчатые протезы были использованы в 68% случаев вагинальной хирургии группы и 100% абдоминальной. Средняя частота повторных операций в течении первого года составила 8%. Причиной повторных операций были появление пролапса другого отдела, стрессового недержания мочи, эрозии влагалища, инфекционные осложнения. Только в 2 случаях был выявлен пролапс того же отдела (оба случая в группе вагинальной хирургии). Анализируя в том числе и качество жизни, авторами был сделан вывод о сопоставимости результатов лечения [23].

Как указывалось выше, качество жизни является важным критерием как для решения вопроса об оперативном лечении, так и как способ оценки его результатов. Учитывая постоянное омоложение пролапса тазовых органов, повышенное внимание уделяется не только оценке качества жизни, но и целенаправленной оценке качества половой жизни женщин. На качество половой жизни оказывают влияние многие факторы: так, например, влагалищные роды могут способствовать снижению качества половой жизни ввиду травмы промежности [16]. Снижение качества сексуальной жизни женщин вследствие пролапса является доказанным фактом [9, 10, 11, 12, 13, 16], но, к сожалению, в Республике Беларусь работ, посвященных качеству половой жизни женщин с пролапсом тазовых органов, проведено мало, в единичных работах, посвященных ПТО, встречается оценка качества половой жизни как одного из множества доменов, без детального ее анализа [9]. Анализируя причины снижения качества половой жизни у женщин с пролапсом, были получены следующие данные: только 17% женщин не испытывают беспокойств по данному поводу. Данное заболевание вызывает неуверенность женщин в себе, снижая качество половой жизни, по таким причинам как: снижение мотивации к половой жизни, ухудшение физических ощущений при половой жизни. В проведенной в США работе при анализе влияния хирургического доступа на качество половой жизни женщин не было выявлено различий между влагалищным и абдоминальным доступом [11]. Эти данные подтверждают, что наибольшее влияние на качество половой жизни оказывает пролапс тазовых органов и, соответственно, его коррекция любыми из доступных способов приводит к улучшению ее качества.

При обзоре литературы, посвященной данной теме, проведенном в США в 2009 г., был сделан вывод,

что оперативное лечение улучшает качество половой жизни у 70% женщин с пролапсом, однако в некоторых работах положительный эффект и вовсе отсутствовал [12]. Анализируя опыт коллег из Российской Федерации по изучению качества половой жизни у женщин с данным заболеванием можно сделать вывод, что чем, меньший объем оперативного лечения (соответственно и тяжесть заболевания), тем лучше эффект от операции [10]. Вышеизложенное позволяет сделать вывод, что при наличии жалоб на качество половой жизни у женщин с пролапсом, хирургическое лечение не всегда приводит к ожидаемому ее улучшению, что в свою очередь снижает удовлетворенность женщин проведенным лечением.

Изучение взаимосвязи силы мышц тазового дна и клинической картины пролапса тазовых органов ведется давно [6, 20], и на сегодняшний день объективизация данных вышла на новый уровень. Хотя широко применяемая Оксфордская модифицированная шкала [14] является относительно субъективной по причине необходимости пальпаторной оценки силы мышц с последующим переводом результата в баллы, она является простой в применении и не требует наличия специального оборудования. С целью объективизации были предложены: баллонная перинеометрия (сила шарика с воздухом, выраженная в мм водного столба) [15], так и более точная, по убеждению многих авторов, динамометрия [2, 5, 15]. Несмотря на простоту и доступность метода, динамометрия как метод количественной оценки сил мышц тазового дна прочно не вошла в медицинскую практику. В трех работах показатели динамометра сравнивали с пальпаторной оценкой сил мышц тазового дна, данный метод показал себя как более точный и объективный [3, 4]. В двух исследованиях вагинальный динамометр использовался в программе консервативного лечения стрессового недержания мочи с целью объективного контроля силы мышц тазового дна [2, 5].

Тренировка мышц тазового дна прочно вошла в международную практику, не только при малых формах пролапса тазовых органов и восстановлении мышц тазового дна после родов, но и с успехом применяется во время беременности [24]. Обзоры международной медицинской литературы свидетельствуют о большей эффективности упражнений с использованием влагалищных конусов относительно упражнений Кегеля для укрепления мышц тазового дна и лечения недержания мочи [25]. Однако, несмотря на простоту, эффективность, экономическую целесообразность и безопасность, как показывают многие исследования в данной области, даже в развитых странах данная методика используется не так часто, как следовало [26].

Положительное влияние операции по коррекции пролапса на силу сокращения мышц тазового дна было отмечено в проведенном в Шанхае исследовании [8], хотя мышечная сила и уступала таковой у пациенток без данной патологии, данный вывод позволяет предположить положительный эффект от послеоперационной тренировки мышц тазового дна. Несмотря на успехи в хирургическом лечении пролапса, из поля зрения акушер-гинекологов выпадает послеопераци-

онное ведение женщин. В исследовании, проведенном во Франции, в котором сравнивались рекомендации пациенткам в послеоперационном периоде после хирургического лечения данного заболевания, были выявлены сильные различия в рекомендациях в зависимости от стационара и опыта хирурга [18]. Тренировка мышц таза в послеоперационном периоде является патогенетически обоснованной, т.к. нагрузка, которую брала на себя соединительная ткань, частично возлагается на мышцы тазового дна, соответственно их состояние во многом будет определять клиническую картину и характерные жалобы пациенток с пролапсом. Работ, посвященных данной тематике, крайне мало, в 2014 году было опубликовано исследование с участием 57 женщин, посвященное влиянию тренировок мышц тазового дна в послеоперационном периоде [7]. Авторы пришли к выводу, что данный метод позволяет улучшить результаты хирургического лечения пролапса, и необходимо проведение более масштабных исследований, посвященных данной тематике. О начале соответствующего многоцентрового исследования было заявлено в Великобритании [22]. Таким образом, тренировка мышц тазового дна после хирургического лечения пролапса тазовых органов, в том числе и с применением влагалищных конусов, и объективная оценка ее влияния на функциональное состояние мышц тазового дна является недостаточно изученной областью современной гинекологии.

ВЫВОДЫ

Функциональное состояние мышц тазового дна определяет клиническую картину пролапса тазовых органов и характерные жалобы пациентов с данной патологией. Литературный анализ позволяет сделать выводы как об актуальности пролапса тазовых органов в современной медицине, так и о многих нерешенных проблемах. В частности, остро стоит вопрос как о предпочтительных хирургических методах и материалах при реконструктивных операциях, так и о послеоперационном ведении пациентов. Тренировка МТД в послеоперационном периоде – новое, малоизученное направление современной гинекологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пушкарь, Д.Ю. Тазовые расстройства у женщин / Д.Ю. Пушкарь, Л.М. Гумин. – Москва: Мед Пресс-Информ, 2006. – 254 с.
2. Romero-Cullerés G et al / Intra-rater reliability and diagnostic accuracy of a new vaginal dynamometer to measure pelvic floor muscle strength in women with urinary incontinence. // Neurourol Urodyn. 2015 Nov 20.
3. Martinho NM et al / Intra and inter-rater reliability study of pelvic floor muscle dynamometric measurements. // Braz J Phys Ther. 2015 Mar-Apr; 19 (2): 97-104.
4. Miller JM et al / Test-retest reliability of an instrumented speculum for measuring vaginal closure force. // Neurourol Urodyn. 2007; 26 (6): 858-63.
5. Morin M et al / Reliability of dynamometric passive properties of the pelvic floor muscles in postmenopausal women with

- stress urinary incontinence. // *Neurourol Urodyn.* 2008; 27 (8): 819-25.
6. Hagen S et al / Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. // *Lancet.* 2014 Mar 1; 383 (9919): 796-806.
 7. McClurg D et al / Pelvic floor muscle training as an adjunct to prolapse surgery: a randomised feasibility study.//*Int Urogynecol J.* 2014 Jul; 25(7): 883-91.
 8. Guan Z. et. al/Pelvic reconstruction improves pelvic floor strength in pelvic organ prolapse patients // *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2015 Oct; 54 (5): 519-21.
 9. Куликов А.А./Дифференцированный подход в выборе хирургической тактики ведения пациенток с пролапсом органов малого таза // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Минск 2013 С. 12-14.
 10. Рыжков С.В. и соавт. / Оценка сексуальной функции у женщин после оперативного лечения пролапса гениталий и/или недержания мочи при напряжении // *Современные проблемы науки и образования.* – 2011. – № 6.
 11. Siddiqui NY et al. / Sexual function after vaginal versus nonvaginal prolapse surgery. // *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2012 Jul-Aug;18 (4): 239-42.
 12. Kammerer-Doak D / Assessment of sexual function in women with pelvic floor dysfunction.// *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009 May; 20 Suppl 1: S45-50
 13. Lonnée-Hoffmann RA et al. /What predicts improvement of sexual function after pelvic floor surgery? A follow-up study // *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013 Nov; 92(11):1304-12.
 14. Laycock J et al / Clinical evaluation of the pelvic floor. // Springer, London, pp 42-47
 15. B. K., Sherburn M. / Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. // *Phys Ther.* 2005 Mar; 85 (3): 269-282.
 16. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. / Postpartum female sexual function // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009 Aug; 145 (2): 133-7.
 17. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Журавлева А.С. / Эффективность использования сетчатых протезов при осложненных формах пролапса гениталий // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2009. – №1. – С. 76 – 81
 18. Deffieux X. et al/Recommandations concernant la convalescence après chirurgie de l'incontinence ou du prolapsus genital: une enquete chez des chirurgiens francais // *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction* (2011) 40, 29–35.
 19. Oversand SH et al/The Manchester procedure: anatomical, subjective and sexual outcomes//*Int Urogynecol J.* 2018 Mar 12.
 20. Meyer I et al/ Synthetic Graft Augmentation in Vaginal Prolapse Surgery: Long-Term Objective and Subjective Outcomes. // *J Minim Invasive Gynecol.* 2016 May-Jun; 23 (4): 614-21
 21. Dallas KB, Rogo-Gupta L, Elliott CS / What Impacts the All Cause Risk of Reoperation after Pelvic Organ Prolapse Repair? A Comparison of Mesh and Native Tissue Approaches in 110,329 Women. // *J Urol.* 2018 Mar 3. pii: S0022-5347 (18) 42415-9
 22. McClurg D et al / Pelvic floor muscle training as an adjunct to prolapse surgery: a randomised feasibility study. // *Int Urogynecol J.* 2014 Jul; 25 (7): 883-91.
 23. Nguyen LN et al / Additional treatments, satisfaction, symptoms and quality of life in women 1 year after vaginal and abdominal pelvic organ prolapse repair. // *Int Urol Nephrol.* 2018 Mar 16.
 24. Sangsawang B et al / Is a 6-week supervised pelvic floor muscle exercise program effective in preventing stress urinary incontinence in late pregnancy in primigravid women?: a randomized controlled trial.// *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016 Feb; 197: 103-10.
 25. Herbison GP, Dean N. / Weighted vaginal cones for urinary incontinence. // *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jul 8; 7: CD002114.
 26. Morin M et al / Reliability of dynamometric passive properties of the pelvic floor muscles in postmenopausal women with stress urinary incontinence. // *Neurourol Urodyn.* 2008; 27 (8): 819-25.